

# 10. Zusammenarbeit mit der Politik

## Vertretung der deutschen Ärzteschaft am Sitz der Europäischen Union, Brüssel

### Kompetente Interessenvertretung in Brüssel unverzichtbar

Obwohl die Europäische Union im Bereich der Gesundheitswesen kein eigenes Gestaltungsrecht hat, rücken gesundheitspolitische Fragen immer mehr auf die Brüsseler Agenda. Die Gründe dafür sind vielfältig:

- Das Gesundheitswesen ist inzwischen der größte Wirtschaftssektor. Fast jeder Bereich der Ökonomie hat Schnittstellen mit dem Gesundheitswesen - und seien es nur die Lohnkosten.
- Die demografische Entwicklung erzwingt ein steigendes Interesse der Gesellschaften, geeignete Lösungen für die (Bezahlbarkeit) langfristige Finanzierbarkeit ihrer Sozialsysteme zu finden.
- Die nationalen Gesundheitssysteme in Europa unterscheiden sich in sozialer, organisatorischer und wirtschaftlicher Hinsicht erheblich voneinander, dennoch sind die ökonomischen und qualitativen Herausforderungen im Gesundheitsbereich für alle Mitgliedsstaaten gleich geartet.
- Eine Gemeinschaft wie die Europäische Union muss sich auch sozialen Fragen stellen. Fragen zur sozialen Verteilungsgerechtigkeit innerhalb der Union werden sich auf Dauer nicht ausblenden lassen.

Trotz aller Bedenken und Zweifel europäischem Handeln gegenüber bietet sich in Brüssel die Chance zum Austausch von Strategien unter gleichzeitiger Beachtung nationaler Begebenheiten. In diesem Spannungsbogen zwischen der Erhaltung bewährter nationaler Strukturen und dem Verständnis für europäische Aktivitäten versteht sich die Vertretung als Vermittler von Positionen der deutschen Ärzteschaft durch kontinuierlichen Dialog und Sachkompetenz.

Die politische Willensbildung und Einflussnahme innerhalb der europäischen Institutionen ist komplex und vielfältig. Trotz einer Reihe von Bemühungen seitens der Kommission und des Rates, Rechtsetzungsverfahren einfacher, transparenter und verständlicher zu gestalten, werden die Aktivitäten auf europäischer Ebene auch künftig erklärungsbedürftig bleiben. Die Vorbereitungen zur bislang größten Erweiterung der Europäischen Union, die am 1. Mai 2004 auf 25 Mitgliedstaaten anwachsen wird, können bereits als historischer Erfolg gefeiert werden. Wie schwierig und problematisch jedoch Einigungen zu erreichen sind, hat die Verfassungsdebatte um die Zukunft der Europäischen Union gezeigt, die im Dezember 2003 gescheitert ist.

Es ist der Arbeitsschwerpunkt der Vertretung, dieses komplizierte und vielfältige Geschehen zu beobachten, flexibel zu begleiten und bei relevanten Gesetzesvorhaben zeitnah im Interesse der Ärzteschaft zu handeln. Die Vertretung dient auch als Vermittler von Informationen aus der Ärzteschaft an die politischen Entscheidungsträger in den europäischen Institutionen. So werden die Auffassungen der deutschen Ärzteschaft gezielt an die europäischen Entscheidungsträger weitergeleitet. Heute kann die Vertretung aufgrund der bestehenden und vertieften Kontakte zu informellen Netzwerken und Gesprächskreisen mit anderen Verbandsvertretern effizient Einfluss nehmen.

Die Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung werden regelmäßig über den aktuellen Sachstand europapolitischer Gesundheitsthemen informiert und über mögliche Formen der Intervention oder des Engagements beraten. Durch die Unterstützung des Büros in Brüssel sind die ärztlichen Spitzenorganisationen in der Lage, sich an der gesundheitspolitischen Diskussion auf europäischer Ebene zu beteiligen und können so relevante Fakten und fundierte Positionen in die Entscheidungsfindung einbringen. Die berufsübergreifende Kooperation und Zusammenarbeit mit den anderen Heilberufen sowie mit Verbandsvertretern der freien Berufe erlaubt, wenn dies angebracht erscheint, im laufenden Gesetzgebungsprozess mit einer Stimme zu sprechen und dadurch seiner Position ein stärkeres Gewicht zu verleihen.

## **Einblick in europapolitische Gesundheitsthemen**

Das breite Spektrum an gesundheits- und sozialpolitischen Themen und Informationen wird in Form von aktuellen zeitnahen Nachrichten (Bericht aus Brüssel zur gesundheits- und sozialpolitischen Themen) bereitgestellt und kann auf der Website der Bundesärztekammer (<http://www.baek.de>) abgerufen werden.

Nachstehend eine Auswahl von den Themen, die im Jahr 2003 vorrangig die Interessenarbeit in Brüssel bestimmt haben und für Ärztinnen und Ärzte von großem Interesse sind:

### **Anerkennung von Berufsqualifikationen**

Mit ihrem Vorschlag für eine neue Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen beabsichtigt die Kommission, die derzeit für diesen Bereich geltenden sektoralen Richtlinien in einer Richtlinie zusammenzufassen und einen übergreifenden Rechtsrahmen für alle Berufe zu schaffen. Dies hat - nach Angaben der Kommission - zum Ziel, die Freizügigkeit und Mobilität von Personen zu erleichtern und die grenzüberschreitenden Dienstleistungen zu vereinfachen. Faktisch würde dadurch die automatische Anerkennung von Befähigungsnachweisen in der Medizin abgeschafft. Andererseits sollte nach Ansicht der Kommission die Anzeigepflicht bei grenzüberschreitender Dienstleistung aufgehoben werden. Dies wäre in der Tat eine Erleichterung, würde aber eine Berufsaufsicht unmöglich machen. Die Ärzteschaft plädierte daher für die Beibehaltung der berufsspezifischen Richtlinien mit ihren gesonderten Anforderungen für die jeweiligen Berufe.

Das Europäische Parlament sprach sich mehrheitlich für den Richtlinienvorschlag aus. Allerdings folgte es den Argumenten der Berufsvertreter und übernahm das sektorale Recht, d. h. die berufsspezifischen Vorschriften in die Richtlinie. Nach dem Willen des Par-

lamentes sollen sowohl die automatische gegenseitige Anerkennung von Diplomen und Befähigungsnachweisen als auch die Berufsaufsicht erhalten bleiben.

Es wird damit gerechnet, dass der gemeinsame Standpunkt, das heißt die Position des Rates noch vor der Parlamentsneuwahl im Juni 2004 angenommen wird, doch wird sich das Parlament erst in seiner nächsten Legislaturperiode wieder damit beschäftigen können.

### **Richtlinie zu Qualitätsstandards menschlicher Gewebe und Zellen**

Die Beratungen zum Richtlinienvorschlag menschlicher Gewebe und Zellen wurden im Berichtszeitraum zügig fortgesetzt. Durch intensive Kompromissgespräche Ende Dezember 2003 konnte in zweiter Lesung ein Kompromiss verabschiedet werden, dem sowohl Rat als auch Parlament zustimmten. Die formale Annahme im Rat und die offizielle Amtsblattveröffentlichung stehen noch aus.

### **Embryonenforschung im 6. Forschungsrahmenprogramm**

In dem kontrovers diskutierten Bereich der „Embryonenforschung“ hat die Bundesärztekammer Position bezogen und eine Reihe von Schreiben an die EP-Abgeordneten gerichtet. Das Moratorium der dänischen Präsidentschaft zur Aussetzung dieser Forschung mit europäischen Fördergeldern dauerte bis Ende 2003. Auf die von der Kommission im Juli 2003 vorgelegten ethischen Leitlinien zum Umgang mit Embryonenforschung im 6. Forschungsrahmenprogramm konnte sich der Rat am 3. Dezember 2003 letztlich nicht einigen. Faktisch ist aber erreicht worden, dass zumindest keine neuen Stammzelllinien aus menschlichen Embryonen mit Mitteln der Gemeinschaft angelegt werden sollen.

### **Arzneimittelpolitik**

Das umfangreiche Paket konnte im Berichtszeitraum in zweiter Lesung im Dezember 2003 vom Europäischen Parlament angenommen werden. Die noch strittigen Fragen konnten im Vorfeld ausgeräumt werden, so dass nach formaler Annahme durch den Rat die „Arzneimittelrevision“ abgeschlossen ist. Die Kommissionsvorschläge zur Arzneimittelreform wurden am 26. November 2001 vorgelegt und das Parlament legte seine Position in erster Lesung im Oktober 2002 vor. Knapp ein Jahr später verabschiedete der Rat seinen gemeinsamen Standpunkt, der nur noch in wenigen Punkten vom Parlament abgeändert wurde.

Die Arzneimittelrevision führte zu folgenden wichtigen Veränderungen:

- Vereinheitlichung des Datenpatentschutzes von innovativen Arzneimitteln auf acht Jahre
- Ausdehnung des zentralen Zulassungsverfahrens für bestimmte Medikamente mit neuem Wirkstoff

### **Grenzüberschreitende Gesundheitsdienstleistungen**

Das Urteil des Europäischen Gerichtshofes aus dem Jahre 1998 (Kohll/ Decker) sowie eine Reihe von Folgeurteilen haben bestätigt, dass medizinische Dienstleistungen und die Freizügigkeit von Bürgern/Patienten nicht grundsätzlich von Binnenmarktregeln ausgenommen sind. Die Gesundheitsratsminister leiteten seit Juni 2002 einen „hochrangigen Reflexionsprozess“ ein, an dem die Vertreter der Regierungen, der Kommission und ausgewählte europäische Verbände teilnahmen. Als Ergebnis wurde am 8. Dezember 2003 ein Bericht

vorge stellt, der als Grundlage einer Kommissionsmitteilung zur Patientenmobilität dienen wird, die Ende März 2004 angenommen werden wird.

### **Richtlinie zur Werbung und Sponsoring zugunsten von Tabakerzeugnissen**

Die Tabakrichtlinie ist im Mai 2003 in Kraft getreten und innerhalb der Frist von zwei Monaten hat die Bundesregierung Klage gegenüber dieser Richtlinie vor dem Europäischen Gerichtshof erhoben. Voraussichtlich Mitte 2004 wird eine mündliche Verhandlung stattfinden, der drei Monate später ein Schlussantrag des Generalanwaltes folgt. Mit einem endgültigen Urteil ist frühestens Mitte 2005 zu rechnen.

Die Bundesärztekammer bedauert, dass die Bundesregierung auch gegen die neue Tabakrichtlinie der EU klagt. Das Argument, dass zwar die Anliegen der EU geteilt werden, die Zuständigkeit der EU aber bestritten wird, hätte die Bundesregierung dadurch glaubhaft machen können, dass sie auf eigene Initiative ein Tabak-Werbeverbot dem Bundestag vorgeschlagen hätte. Das hat die Bundesregierung aber bisher versäumt.

## **Vertretung der deutschen Ärzteschaft am Regierungssitz Berlin**

Die Beobachtung der politischen Vorgänge auf nationaler und europäischer Ebene ist Aufgabe der Vertretung der deutschen Ärzteschaft in Berlin und Brüssel. Dabei gilt es, die Interessen der Ärzteschaft effizient in den legislativen und exekutiven Bereich (Bundestag, Bundesrat, Bundesregierung und die Institutionen der Europäischen Union) einzubringen.

Der Prozess der politischen Meinungsbildung beginnt nicht erst mit der Vorlage des Referentenentwurfs des zuständigen (Bundes-)Ministeriums. Die meisten Gesetzes- und Verordnungsvorhaben haben ihren Ursprung beispielsweise in den Koalitionsvereinbarungen zu Beginn einer Legislaturperiode, in übergreifenden politischen Langzeitplanungen oder in kurzfristigeren Entschlüssen der Partei-, Fraktions- oder Ressortchefs der jeweiligen Koalition. Darüber hinaus werden Gesetzes- und Verordnungsvorhaben aus der Mitte des Bundestages und aus dem Bundesrat in das Gesetzgebungsverfahren eingebracht.

Die vorbereitende Planung von Gesetzen (Richtlinien und Verordnungen) der Europäischen Union erfolgt in ähnlicher Weise oft weit im Vorfeld eines offiziellen Entwurfs, bevor dieser dann als Vorschlag der Europäischen Kommission u.a. dem EU-Ministerrat und dem Europäischen Parlament zugeleitet wird.

### **Berliner Büro**

Vom Beginn der politischen Überlegung mit den jeweiligen Planungen informiert das Berliner Büro der deutschen Ärzteschaft die Bundesärztekammer detailliert über den jeweiligen Stand des Verfahrens, die Haltung der Ministerien, die Meinung der Fraktionen, bzw.

der damit befassten Gesundheits- und Sozialpolitiker sowie insbesondere auch über die politische Meinungsbildung im Bundesrat.

Durch den ständigen und engen Kontakt mit den zuständigen Beamten bzw. den Gesundheits- und Sozialpolitikern aller Bundestagsfraktionen werden die Anliegen der deutschen Ärzteschaft – entsprechend dem politischen Informationsbedürfnis – stets rechtzeitig in den Prozess der politischen Meinungsbildung eingebracht.

Bei einem Gesetzentwurf der Bundesregierung berichtet das Berliner Büro über den Referentenentwurf bis zur Einbringung in das Bundeskabinett, über die Behandlung des Regierungsentwurfs in den Ausschüssen des Bundesrates im ersten Durchgang, in den Ausschüssen des Bundestages, über die Beratungen im zweiten Durchgang im Bundesrat und gegebenenfalls im Vermittlungsausschuss bis zur Verkündung des Gesetzes.

Im Bereich der Ministerialbürokratie erfordert dies den ständigen Kontakt mit dem zuständigen Referat, der Abteilungsleitung sowie dem Ressortleiter und dem Ministerbüro.

Zur Vorbereitung der Kabinettsitzung ist die Beobachtung der koordinierenden Aktivitäten des Bundeskanzleramtes notwendig.

Im Bereich des Bundestages ist die Zusammenarbeit mit den Fraktionen, deren Facharbeitsgruppen und Fachreferenten sowie vor allem mit den für den Entwurf zuständigen Berichterstattern der Fraktionen und den Mitgliedern des jeweiligen Bundestagsausschusses erforderlich.

Im sogenannten ersten und zweiten Durchgang des Bundesrates ist die Meinungsbildung der Bundesländer in den Bundesratsausschüssen für den Erfolg oder die Änderung der Vorhaben entscheidend. Durch die enge und gute Zusammenarbeit mit den Vertretungen der Länder beim Bund kann das Berliner Büro durchgehend frühestmöglich über die Entwicklung im Bundesrat berichten. Dies gilt in gleicher Weise für die Beratungen des Vermittlungsausschusses.

## **Gesundheits- und Sozialpolitik im Berichtszeitraum**

Das Jahr 2003 stand in seinem gesamten Verlauf im Zeichen der Arbeiten an einer weiteren großen Gesundheitsreform, die dann im Herbst als sogenanntes GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) verabschiedet wurde. Dabei lässt sich der Prozess der gesundheitspolitischen Willensbildung in zwei große Phasen der Auseinandersetzung zwischen Regierung und Opposition unterteilen.

### **Prolog**

Die prologartige erste Phase war bis in den frühen Sommer hinein von einer hinhaltenden Position der Opposition geprägt. Im Gravitationsfeld zwischen den beiden Polen, einerseits als Blockierer zu gelten oder andererseits bei der im September 2003 anstehenden Landtagswahl in Bayern von den Wählern für unvermeidliche Härten der Gesundheitsreform abgestraft zu werden, tat sich die CDU/CSU mit einer Entscheidung schwer.

Der zwischenparteiliche Interessenausgleich geriet auch wegen der schwelenden Personalfrage in der Union zu einer schwer durchschaubaren Taktiererei. Man kann folgende Kalküle der Protagonisten unterstellen: Der Vorsitzende der CSU hatte eine überwältigende Mehrheit in „seinem“ Land gleichsam als Wiedergutmachung für die knapp gescheiterte Kanzlerkandidatur und zur Wahrung zukünftiger Ambitionen obenan gestellt. Die Parteivorsitzende der CDU wiederum musste zur Wahrung ihres Führungsanspruches die von ihr gestaltbare Ebene des Bundestages suchen und eine Verlagerung der Entscheidung in den Vermittlungsausschuss vermeiden, die im Zeitablauf nach der Wahl in Bayern angestanden hätte.

Zusätzlich verkompliziert wurde die Lage in der CDU/CSU durch offenkundige Meinungsverschiedenheiten zwischen der Partei- und Fraktionsvorsitzenden und ihrem für Sozial- und Gesundheitspolitik zuständigen stellvertretenden Fraktionsvorsitzenden. Als weithin anerkannter Sachkenner durfte dieser auch unabhängig von seiner formalfachlichen Zuständigkeit in der Fraktion in der Rolle des Verhandlungsführers als alternativlos angesehen werden. Wie belastbar dieses Alleinstellungsmerkmal tatsächlich war, erwies sich durch öffentlich vorgetragene, der Fraktionslinie entgegenstehende Auffassungen insbesondere zur Finanzierung des Zahnersatzes.

Die Bundesministerin für Gesundheit und Soziale Sicherung verstand es in dieser Zeit der unklaren Gefechtslage wiederum geschickt, durch Vorlage immer neuer, angeblich noch unfertiger Gesetzentwürfe einerseits Handlungsfähigkeit zurückzugewinnen, die durch die vom Bundeskanzler initiierte Rürup-Kommission beschnitten schien, und andererseits alle Beteiligten der Gesundheitspolitik in Atem zu halten. Da mit dem Reformvorhaben gleichmäßig in die Besitzstände aller Beteiligten eingegriffen werden sollte, entstand in der öffentlichen Wahrnehmung der Eindruck, da es alle treffe, handele es sich um eine gerechte Sache.

Die offenkundige Strategie der Gesundheitsministerin, die politische Schlagkraft der Ärzteschaft durch Differenzierung zu schwächen, darf ebenfalls als durchaus erfolgreich angesehen werden. Die in den ersten Gesetzentwürfen geplante Vertragsstruktur, in der nur noch Haus-, Augen- und Frauenärzte im Kollektivvertragssystem verblieben wären, während alle anderen Fachgruppen zukünftig bei Zulassung dem Einzelvertragssystem ausgesetzt gewesen wären, führte vorübergehend zu einer spürbaren innerärztlichen Entsolidarisierung.

Und noch eine erfolgreiche Taktik der ministerialen Gesundheitspolitik darf hier hervorgehoben werden, nämlich die, mit Maximalpositionen in einen Verhandlungsprozess einzusteigen, um dann im Verlauf über genügend Verhandlungsmasse zu verfügen, ohne das gewünschte Ergebnis zu sehr zu gefährden.

Ein Vergleich der ersten Entwürfe mit dem letzten Entwurf, der den sogenannten Konsensverhandlungen zu Grunde lag, sowie mit dem Ergebnis der Verhandlungen zeigt auch unter Berücksichtigung der solchen Verhandlungen grundsätzlich innewohnenden Unberechenbarkeit augenfällig, welche Mindestanforderungen seitens des Ministeriums unterstellt werden dürfen.

So erscheint es in der Nachschau weniger überraschend, dass mit Beginn der eigentlichen Verhandlungen und dann auch im Ergebnis nicht mehr die fachärztliche Versorgung aus dem Kollektivvertragssystem ausgegliedert werden sollte, sondern plötzlich die sogenannte hausarztzentrierte Versorgung in einem Einzelvertragsregime realisiert wurde. Unterstellt

man die grundsätzliche und in der politischen Rhetorik auch immer wieder bemühte Absicht, vermeintliche Ärztekartelle zerschlagen zu wollen, macht dieser Vorgang wie auch manche anderen Eingriffe in die Vertragsschließungskompetenz der Kassenärztlichen Vereinigungen Sinn.

### „Eine der schönsten Nächte“

Die Entscheidung der beiden großen Volksparteien, die Gesundheitsreform gemeinsam anzugehen, muss vor allem vor dem Hintergrund des durch die omniprésente Reformrhetorik geschürten öffentlichen Drucks gesehen werden. Nur so ist zu verstehen, warum man das Risiko einging, in die nachrichtenarme parlamentarische Sommerpause hinein ein derart kompliziertes und demagogieanfälliges Reformprojekt zu starten. Ohne die im Bundesrat übermächtige CDU/CSU hätte die Bundesregierung sich weitgehend auf die unpopulären Instrumente zur Konsolidierung der GKV-Finzen beschränken müssen, da strukturelle Maßnahmen weitgehend der Zustimmung des Bundesrates bedürfen.

Die Teilnahme der FDP an den Verhandlungen beruhte wiederum auf dem persönlichen Einsatz der Fraktionsvorsitzenden der Union, der man taktische Erwägungen im Hinblick auf die Bundespräsidentenwahl unterstellen darf, bei der die Union auf die Stimmen der FDP angewiesen ist. Auf Seiten der FDP wollte man nicht als einzige der in Fraktionsstärke im Bundestag vertretenen Parteien außen vor stehen. Was den ein oder anderen Kommentator dazu veranlasste, hinter dem späteren Ausscheiden der FDP-Fraktion aus den Konsensverhandlungen eine Rückbesinnung auf die strategisch wenig erfolgversprechende Ausgangslage der kleinsten Partei am Verhandlungstisch zu vermuten.

In den Monaten Juli und August wurde in den sogenannten Konsensverhandlungen ein Reformpaket geschnürt, das sich aus kurzfristigen finanziellen und langfristigen strukturellen Maßnahmen zusammensetzte. Trotz großer öffentlicher Anteilnahme gelang ein vergleichsweise reibungsloser Verhandlungsprozess, der mit einer bis in die Morgenstunden andauernden Sitzung abgeschlossen wurde, welche die beiden Verhandlungsführer später vor der Presse als „eine der schönsten Nächte“ beschrieben.

Die Bewertung des Erreichten regte indessen nur wenige Kommentatoren zum Schwärmen an. Man beurteilte das Ergebnis weithin als typische Konsenslösung, die weniger durch mutige Innovationen als durch Vereinbarung des Unumgänglichen gekennzeichnet war. Schon bald wurden denn auch Zweifel am unterstellten Finanztableau laut, das zu baldigen Beitragssatzsenkungen, und damit zur Kompensation von Zuzahlungen führen sollte.

Eine Bewertung aus Sicht der Ärzteschaft obliegt wegen der positiven und negativen Bilanzpositionen der jeweiligen Gewichtung. Positiv hervorgehoben werden muss der im Gesetz vorgegebene Weg aus der Budgetierung ärztlicher Honorare durch Einführung morbiditätsorientierter Regelleistungsvolumen. Auch die klare Stärkung der Selbstverwaltung durch Gründung des Gemeinsamen Bundesausschusses, der mit zahlreichen wichtigen Aufgaben betraut wurde, kann angesichts der ständigen Kritik an der Selbstverwaltung als Überraschung gewertet werden.

Ein staatliches Institut zur Überwachung der Medizin konnte verhindert werden. Stattdessen wurde eine sinnvolle Lösung in Form eines unabhängigen Instituts auf der Ebene der Selbstverwaltung gefunden. Auch für die mit einer Zulassungsbefristung verknüpfte Fortbildungsverpflichtung der Ärzteschaft wurde eine rechtssichere und praktikable Lösung gefunden.

Hingegen müssen die mit dem Erfordernis des Wettbewerbs bemäntelten Eingriffe in die Vertragsschließungskompetenz der Kassenärztlichen Vereinigungen z.B. bei der hausarztzentrierten Versorgung (wobei hier selbst nachgewiesene Qualität keinen Vertragsanspruch generiert), der gestärkten integrierten Versorgung, der Zulassung von Versorgungszentren auch mit angestellten Ärzten und der Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen als gezielte Maßnahmen zur Schwächung der auf Freiberuflichkeit basierenden ambulanten Versorgung hin zu einer zentralisierten und institutionalisierten Medizin gewertet werden. Die schlichte Übertragung der Organisationsstrukturen der Krankenkassen auf die vertragsärztliche Selbstverwaltung entspringt eben diesem Bedürfnis nach Vereinheitlichung und Disziplinierung. Das tiefe Misstrauen gegenüber der Vertragsärzteschaft spiegelt sich insbesondere in der massiven Aufrüstung der Kontroll- und Prüfbürokratie wider, die in der Schaffung eines Korruptionsbeauftragten gipfelt, einer Institution, die keinem anderen Berufsstand in Deutschland zugemutet wird.

Zu den bereits mit Verkündung der Einigung kommunizierten Zweifeln an den Vorgaben und Zielen der Reform traten nach und nach Schwierigkeiten bei der Umsetzung des Gesetzes, die auf Unklarheiten und handwerkliche Fehler im Gesetzestext zurückzuführen waren. Dies betraf insbesondere die Modalitäten der Erhebung der Praxisgebühr. Mit zunehmender öffentlicher Wahrnehmung der Belastungen für Versicherte und Patienten war auch bei den politischen Akteuren eine wachsende Distanzierung von den Intentionen des Gesetzes zu konstatieren, was schließlich mit Schuldzuweisungen an die Selbstverwaltung kompensiert wurde.

## Chronologie der Gesundheitsreform 2003

### November / Dezember 2002

- Koalitionsfraktionen beschließen die Bildung einer „Kommission für eine nachhaltige Finanzierung und Weiterentwicklung der Sozialversicherung (Rürup-Kommission)“. Die Kommission hat die Aufgabe bis zum Herbst 2003 Empfehlungen auszuarbeiten.
- Bis Ostern 2003 möchte Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt dem Parlament einen Gesetzentwurf für eine Strukturreform im Gesundheitswesen vorlegen

### Januar / Februar 2003

- **1. Januar:** Beitragssatzsicherungsgesetz tritt in Kraft
- Januar/Februar: Ärzteproteste gegen die durch das Beitragssatzsicherungsgesetz verhängte „Nullrunde“ und zeitweise Praxisschließungen



- **4. Februar:** Beschluss der CDU zur Einsetzung der Kommission „Soziale Sicherheit“ (Vorsitz Bundespräsident a. D. Prof. Dr. Roman Herzog)
- **7. Februar:** Das Gesundheitsministerium legt Eckpunkte für eine Gesundheitsreform vor.
- **11. Februar:** Die Unionsfraktion stellt Eckpunkte für eine Reform vor.
- **18. Februar:** Außerordentlicher Deutscher Ärztetag in Berlin – der letzte Sonderärztetag fand 1992 in Köln auch im Vorfeld einer Gesundheitsreform statt
- **21. Februar:** Die FDP-Fraktion legt ihr Konzept für eine Gesundheitsreform vor
- **24. Februar:** Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen übergibt Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt sein Gutachten „Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität“
- **25. Februar:** „3. Rohentwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz (GMG)“, der weder „im Bundesministerium für Gesundheit und Soziales noch mit der Ressortleitung abgestimmt ist“

### März / April 2003

- **14. März:** Regierungserklärung von Bundeskanzler Gerhard Schröder: Verkündung einer Reformoffensive
- **21. März:** überarbeitete Fassung des 3. Rohentwurfs zum Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz, der nunmehr „1. Arbeitsentwurf“, genannt wird
- **9. April:** Die Rürup-Kommission legt ihre Finanzierungsvorschläge für die gesetzliche Krankenversicherung vor. Eine Einigung wurde bei kurzfristigen Maßnahmen zur Beitragssenkung erzielt. Auf langfristig wirksame, strukturelle Änderungen konnte man sich nicht einigen.

### Mai / Juni 2003

- **9. / 12. Mai:** Entwürfe für ein Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz liegen als „Arbeitsentwurf - nach den Vorgaben der Leitung erstellt“ (9. Mai) und als „Arbeitsentwurf“ (12. Mai) vor
- **13. Mai:** Noch vor der parlamentarischen Sommerpause will die CDU-Kommission zur Reform der sozialen Sicherungssysteme ihre Vorschläge zur Erneuerung der Krankenversicherung vorlegen
- **28. Mai:** Bundeskabinett verabschiedet „Formulierungshilfe“ für einen Entwurf des Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes (GMG)
- Sonderparteitage SPD (1. Juni) und Bündnis 90/Die Grünen (14./15. Juni) zur Agenda 2010
- **18. Juni:** 1. Lesung Bundestag zum Entwurf GMG
- **23./25./26./30. Juni:** Ausschussanhörungen zum Entwurf GMG

### Juli / August 2003

- **24. Juni:** Sondierungsrunde zwischen den beiden stellvertretenden Fraktionsvorsitzenden Gudrun Schaich-Walch (SPD) und Horst Seehofer (CSU):
  - die bereits geplante Sondersitzung des Bundestages mit der 2./3. Lesung des GMG am 8. Juli wurde verschoben;
  - bis Ende Juli wollen Koalition und Union einen Kompromiss erarbeiten

- am 29.06.03 sollen Fachpolitiker der Fraktionen und die Vertreter von jeweils drei Bundesländern mit den konkreten Arbeiten an einem Reformkompromiss beginnen
- **Juli 2003: Konsensverhandlungen** zwischen SPD, Bündnis90/Die Grünen, CDU/CSU, FDP, Bundesministerin Ulla Schmidt sowie Vertreter der Länder Brandenburg, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Bayern, Baden-Württemberg und Sachsen-Anhalt:
  - 21.07.03 – Einigung auf Eckpunkte zur Gesundheitsreform
- **18. August: Ausstieg der FDP** aus dem Konsensprozess. Begründung: die gemeinsam beschlossenen Eckpunkte der Konsensrunde seien im Arbeitsentwurf nicht umgesetzt worden
- **22. August: Einigung** zwischen den Verhandlungsführern in allen zuletzt noch strittigen Punkten. Die Beteiligten bezeichnen dies in einer morgendlichen Pressekonferenz als „eine der schönsten Nächte“.
- **25. / 26. August:** Abstimmung der Koalitionsfraktionen und der CDU/CSU-Fraktion über die „Zusammenfassung der gesetzlichen Regelungen zur Umsetzung der Eckpunkte zur Gesundheitsreform“
- **28. August: Rürup-Kommission** übergibt Ulla Schmidt ihren Bericht zur Reform der GKV. Gerhard Schröder kündigt an, die Empfehlung der Rürup-Kommission zur Rentenreform nicht deckungsgleich umzusetzen.

### September / Oktober 2003

- **8. September:** Die beteiligten Bundestagsfraktionen (Koalition + CDU/CSU) legen ihren Gesetzesentwurf zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenkassen (GKV-Modernisierungsgesetz (GMG)) vor
- **9. September:** Erste Lesung im Bundestag zum GKV-Modernisierungsgesetz
- **26. September:** Bundestag verabschiedet das GKV-Modernisierungsgesetz
- **30. September:** die Herzog-Kommission legt ihren Abschlussbericht zur Reform der sozialen Sicherungssysteme vor
- **16. Oktober:** Die Kassenärztliche Bundesvereinigung legt ihr Konzept für die ab 1. Januar 2004 für Patienten fällig werdende Praxisgebühr von zehn Euro vor.
- **17. Oktober:** Bundesrat stimmt GKV-Modernisierungsgesetz zu

### November / Dezember 2003

- **8./9. November:** Die Verhandlungen über die Einführung der Praxisgebühr sind vorerst gescheitert. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung möchte das Inkassorisiko bei der Praxisgebühr komplett bei den Ärzten ansiedeln. Die KBV kündigt an, das Bundesschiedsamt anzurufen.
- **14. November:** Vorstand und Länderausschuss der KBV lehnen Vorgaben des Bundesgesundheitsministeriums für einen Kompromiss zur Praxisgebühr ab. KBV wird Bundesschiedsamt anrufen.
- **17.-19. November:** SPD-Parteitag in Bochum: Gegen den Willen von Gerhard Schröder beschließt der Parteitag einen Antrag zur Einführung der Bürgerversicherung
- **19. November:** Bekanntmachung des GKV-Modernisierungsgesetzes im Bundesgesetzblatt

- **30. November - 02. Dezember:** CDU-Parteitag in Leipzig: Die CDU lehnt eine „Bürgerversicherung“ ab und beschließt in ihrem sozialpolitischen Leitantrag u.a. die Einführung eines Gesundheitsprämienmodells.
- **8. Dezember:** Das Bundesschiedsamt trifft eine Entscheidung zur konkreten Umsetzung der Vorgaben des § 28 Abs. 4 SGB V, die teilweise auf einer Einigung der Selbstverwaltungspartner beruht.
- **19. Dezember:** KBV veröffentlicht den Entwurf des Bundesmantelvertrages (Stand 10.12.03) sowie eine Darstellung der Anwendung der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen zur Erhebung der Zuzahlung gem. § 28 Abs. 4 SGB V-GMG anhand von fiktiven Fallbeispielen
- **1. Januar 2004:** GKV-Modernisierungsgesetz tritt in Kraft

### Weitere Gesetzes- und Verordnungsvorhaben, mit denen das Berliner Büro im Berichtszeitraum befasst war:

- Nach zweimaliger Einberufung des Vermittlungsausschusses wurde im April 2003 das 12. SGB V-Änderungsgesetz beschlossen.  
Mit dem Gesetz sollen die Verwaltungskosten der gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2003 eingefroren werden. Für die Vergütung von Krankenhausleistungen wurden Krankenhäuser unter bestimmten Voraussetzungen von der Nullrunde ausgenommen. Die vorgesehene Ausweitung der Festbetragsregelung fand keinen Eingang in das Gesetz.  
Das Gesetz trat vollständig am 18.06.03 in Kraft.
- Das Gesetz zur Änderung der Vorschriften zum diagnose-orientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (Fallpauschalenänderungsgesetz) wurde im Juni 2003 verabschiedet. Es soll die Rahmenbedingungen zur Sicherstellung der flächendeckenden Einführung des DRG-bezogenen Vergütungssystems optimieren und trat zum 1.1.04 vollständig in Kraft.
- Zur stationären Versorgung von Kindern und Jugendlichen unter dem Fallpauschalensystem richteten die Fraktionen der CDU/CSU und der FDP jeweils eine Kleine Anfrage an die Bundesregierung. Die Bundesregierung versicherte in ihrer Antwort, dass alle Leistungen der stationären Versorgung von Kindern und Jugendlichen im DRG-System einstuftbar und abbildbar seien. Außerdem erfolge die Einführung eines deutschen Fallpauschalensystems behutsam im Rahmen eines lernenden Systems, so dass eventuell auftretenden Probleme flexibel begegnet werden könne, erklärte die Bundesregierung.
- Der schon in der vergangenen Legislaturperiode vom Bundeskabinett verabschiedete Entwurf eines Gesetzes über die Berufe in der Krankenpflege und zur Änderung anderer Gesetze (Krankenpflegegesetz) wurde im Mai 2003 beschlossen.  
Das Gesetz soll die Qualität der Ausbildung in den Krankenpflegeberufen verbessern und an die neuen Berufsanforderungen anpassen. Es trat zum 1.1.04 vollständig in Kraft.

- Die Länder Baden-Württemberg und Saarland legten Einspruch gegen das am 20. Dezember 2002 vom Bundestag beschlossene Beitragssatzsicherungsgesetz ein, mit dem der Vertragsärzteschaft eine Nullrunde auferlegt wurde. Der Bundesrat beschloss Ende 2003 diesem beim Bundesverfassungsgericht anhängigen Verfahren nicht beizutreten.
- Der von den Fraktionen CDU/CSU und FDP eingebrachte Entwurf eines Ersten Gesetzes zur Änderung des Beitragssatzsicherungsgesetzes wurde abgelehnt.
- Zu dem im GKV-Modernisierungsgesetz ab 2006 vorgesehenen zusätzlichen Beitragsatz in Höhe von 0,5 % für alle Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen richtete die Fraktion der FDP eine Kleine Anfrage an die Bundesregierung. In der Antwort heißt es, dass die Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen mit dem von ihnen allein zu tragenden Solidarbeitrag in stärkerem Umfang als die Arbeitgeber an den gestiegenen Kosten der GKV beteiligt werden sollen.
- Der Bundesrat verabschiedete Ende Dezember 2003 im GKV-Modernisierungsgesetz festgeschriebene Verordnungen. Mit der Patientenbeteiligungsverordnung soll das Antrags- und Mitberatungsrecht von Patienten- und Behindertenverbänden in Steuerungs- und Entscheidungsgremien im Gesundheitswesen umgesetzt werden. Die Verordnung zur Geschäftsführung der Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse sowie der Geschäftsstellen sieht eine weitere Konkretisierung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen vor.
- In der Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage der FDP-Fraktion zur Krankenversicherung von Sozialhilfeempfängern gab die Bundesregierung an, dass sie eine eigene Krankenkasse für Sozialhilfeempfänger für nicht erforderlich halte. Außerdem soll die Integration von Sozialhilfeempfängern in die gesetzliche Krankenversicherung im Zuge der Modernisierung des Gesundheitssystems geregelt werden.
- Mit dem Gesetzentwurf zu Reformen am Arbeitsmarkt soll u. a. die Anpassung des Arbeitszeitgesetzes an die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes zum Bereitschaftsdienst umgesetzt werden. Der vom Bundesrat einberufene Vermittlungsausschuss sah Änderungen des Arbeitszeitgesetzes im Vergleich zu der vom Bundestag verabschiedeten Fassung dahingehend vor, dass in einem Tarifvertrag oder einer Betriebs- oder Dienstvereinbarung abweichende Regelungen zur werktäglichen Arbeitszeit von Arbeitnehmern sowie zu den gesetzlichen Ruhezeiten getroffen werden können, wenn in die Arbeitszeit regelmäßig und in erheblichem Umfang Arbeitsbereitschaft oder Bereitschaftsdienst fällt. Der Arbeitnehmer kann seine Einwilligung nun innerhalb einer Frist von sechs Monaten zurücknehmen. Für bestehende Verträge gilt eine Übergangsfrist von zwei Jahren. Das Gesetz trat zum 1.1.04 in Kraft.
- Der Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Kostenrechts sieht u. a. – durch Änderung des Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetzes (JVEG) – eine Neuregelung der Vergütung medizinischer Gutachten vor. Der bisherige Gebührenrahmen soll durch eine Einteilung der medizinischen Gutachten in verschiedene Honorargruppen mit jeweils festen Stundensätzen ersetzt werden.
- Mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Änderung der Bundesärzteordnung und anderer Gesetze soll u.a. der „Arzt im Praktikum“ zum 1. Oktober 2004 abgeschafft werden.

Begründet wird das Vorhaben mit der verbesserten Ausbildung während des Studiums, so dass auf eine nachgelagerte praktische Ausbildung verzichtet werden kann.

- Die FDP-Fraktion legte einen Antrag zur Abschaffung der Altersgrenze für Vertragsärzte vor. In dem Antrag forderten die Liberalen die Aufhebung des § 95 SGB V, der vorsehe, dass die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung mit Vollendung des 68. Lebensjahres endet. In einigen Gebieten sei es jedoch bereits schwierig, eine flächendeckende Gesundheitsversorgung sicherzustellen, heißt es in dem Antrag. Laut FDP-Fraktion stünden einem stetigen Anstieg des Durchschnittsalters der Vertragsärzteschaft verhältnismäßig immer weniger junge Ärzte gegenüber.
- In der Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage der Fraktion der CDU/CSU zur Situation der ambulanten Versorgung in den neuen Bundesländern hieß es, konkrete Hinweise auf dauerhafte oder drohende Versorgungsengpässe in den neuen Ländern lägen der Bundesregierung zurzeit nicht vor. Außerdem sei ein Ersatzbedarf an Hausärzten in der Größenordnung, wie ihn die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) prognostiziere, nicht gegeben.
- Der Bundesrat verabschiedete die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege.
- Ende Dezember 2003 verabschiedete der Bundesrat den Verordnungsentwurf zur Änderung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten und zur Änderung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.
- Der Bundesrat legte einen Entwurf eines Gesetzes zur Korrektur von Leistungsverchiebungen bei häuslicher Krankenpflege zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und sozialer Pflegeversicherung (Pflege-Korrekturgesetz) vor.
- Die Fraktion der CDU/CSU richtete eine Kleine Anfrage an die Bundesregierung zu Kosten von Chroniker-Programmen. Darin betonte die Bundesregierung, dass durch die Einführung strukturierter Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme) die erstmalige Möglichkeit für Krankenkassen bestehe, die eine hohe Zahl chronisch Kranker versichern, dieser Versichertengruppe besondere qualitätsgesicherte Versorgungsprogramme anzubieten zu können, ohne dadurch im Wettbewerb benachteiligt zu werden.
- Der Bundesrat verabschiedete eine Entschließung zum Präventionsgesetz. Darin wird die Bundesregierung aufgefordert, im Nachgang zum GKV-Modernisierungsgesetz den Entwurf für ein solches Gesetz schnellstmöglich zu erarbeiten.
- In einem von den Koalitionsfraktionen vorgelegten Antrag zur Förderung der Prävention wurde die Bundesregierung aufgefordert, neben Akutbehandlung, Rehabilitation und Pflege die Prävention als eigenständige, vierte Säule im Gesundheitswesen auszubauen. Außerdem solle die Bundesregierung einen Entwurf eines Präventionsgesetzes vorlegen, in dem die Ausgestaltung von Prävention festgeschrieben wird und die vorhandenen vielfältigen Ansätze der Prävention auf eine solide Basis gestellt werden.
- In ihrer Antwort auf eine Kleine Anfrage der CDU/CSU-Fraktion zu Gebühren- und Honorarordnungen der Freien Berufe erklärte die Bundesregierung, dass die Gebüh-

renordnungen der Ärzte (GOÄ) sowie die Gebührenordnungen der Zahnärzte (GOZ) reformbedürftig seien. Änderungsbedarf bestehe auch bei der Hebammenhilfe-Gebührenverordnung (HebGV), für deren Novellierung bereits ein Referentenentwurf vorliege.

- Hauptanliegen eines von der FDP-Fraktion vorgelegten Antrags war die Schaffung eines Gesamtkonzeptes zur Optimierung der Früherkennung und Behandlung von Demenz.
- Der vom Bundesrat eingebrachte Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung der Hilfsmittelversorgung von Pflegebedürftigen (Hilfsmittelsicherungsgesetz) wurde abgelehnt.
- Der von der Bundesregierung vorgelegte zustimmungspflichtige Gesetzentwurf eines Zwölften Gesetzes zur Änderung des Arzneimittelgesetzes dient im Wesentlichen der Umsetzung europäischen Rechts in das Arzneimittelgesetz.
- Zur Einführung der Positivliste richtete die CDU/CSU-Fraktion als auch die FDP-Fraktion eine Kleine Anfrage an die Bundesregierung. Die in den Anfragen geäußerten Zweifel zur Positivliste wies die Bundesregierung in ihrer Antwort zurück. Sie erklärte, dass es zur Arzneimittel-Positivliste keine sinnvolle Alternative gäbe.
- In ihrer Antwort auf eine Kleine Anfrage der Fraktion der CDU/CSU zur Rolle von Importarzneimitteln in der Arzneimittelversorgung erklärte die Bundesregierung u.a., dass der Anteil importierter Arzneimittel am Arzneimittelumsatz zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2002 auf 6,4 % stieg und die daraus resultierende Gesamteinsparung im Jahr 2002 rund 200 Mio. Euro betrug.
- In einem von der CDU/CSU-Fraktion vorgelegten Antrag wird die Bundesregierung aufgefordert, einen Gesetzentwurf vorzulegen, der die gesetzlichen Regelungen für Schwangerschaftsabbrüche präzisiert und ergänzende Regelungen für eine wirksame Eingrenzung insbesondere von Spätabtreibungen vorsieht.
- In der Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage der Fraktion der FDP zur Situation der Krebsforschung und der Krebsregister in Deutschland äußerte sich die Bundesregierung zur Entwicklung der Krebsregistrierung positiv. Überdies gab sie Auskunft über die Finanzierung der Krebsforschung.
- Die Bundesregierung legte im August 2003 einen Gesetzentwurf zur Reform der Gewerbesteuer vor. Insbesondere sollten die selbständig Tätigen, also auch Ärzte, in die Gewerbesteuer einbezogen werden. Der Bundesrat lehnte den zustimmungsbedürftigen Gesetzentwurf ab. Der daraufhin von der Bundesregierung angerufene Vermittlungsausschuss kam zu dem Ergebnis, die freien Berufe von der Gewerbesteuerpflicht weiterhin auszuschließen.
- In seiner Stellungnahme zum Jahresgutachten 2002/2003 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung und zum Jahreswirtschaftsbericht 2003 der Bundesregierung, stellte der Bundesrat fest, dass die Bundesregierung in der vergangenen wie auch in der aktuellen Legislaturperiode die Chance eine Gesundheitsreform in die Wege zu leiten, die eine leistungsfähige Versorgungsstruktur und eine nachhaltige Sicherung der Beitragssatzstabilität sicherstellt, nicht wahrgenommen habe. Daher forderte der Bundesrat die Bundesregierung auf, noch im Jahr 2003 eine „Gesundheitsreform aus einem Guss“ vorzulegen. Diese soll grundsätzlich

das Solidarprinzip beibehalten und die vom Bundesrat vorgegebenen Eckpunkte berücksichtigen.

- Die Bundesregierung legte im Mai 2003 ihren Aktionsplan Verbraucherschutz vor, in dem erstmals alle wichtigen verbraucherpolitischen Vorhaben des Bundes aller Politikbereiche zusammengestellt wurden. Ein Schwerpunkt des Aktionsplanes war der vorsorgende gesundheitliche Verbraucherschutz.
- Der Bundesrat verabschiedete die Sozialversicherungs-Rechengrößenverordnung für das Jahr 2004, mit der die für das Versicherungs-, Beitrags- und Leistungsrecht in der Sozialversicherung maßgebenden Rechengrößen aktualisiert wurden.
- Die Zweite Verordnung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung zur Änderung von gemeinsamen Vorschriften für die Sozialversicherung wurde vom Bundesrat beschlossen.
- Anlässlich der zunehmenden Kündigungen durch Krankenkassen bei der Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder (VBL), richtete die CDU/CSU-Fraktion eine Kleine Anfrage an die Bundesregierung. Die Bundesregierung gab u.a. darüber Auskunft, welche Einrichtungen diese Kündigungen betreffen und wie hoch die durch die Kündigungen entstandenen Beitragsmindereinnahmen bei den Sozialversicherungsträgern seien.
- Schwerpunkt des von der Bundesregierung vorlegten Rentenversicherungsberichts für das Jahr 2002 war die Vorausberechnung der Entwicklung der Rentenfinanzen, die die Grundlage für die Entscheidung über die erforderliche Höhe des Beitragssatzes im Jahre 2003 bildete.
- Die Bundesregierung legte ihren Bericht über den Stand von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit und über das Unfall- und Berufskrankheitengeschehen im Jahr 2001 vor.
- Das Bundeskabinett beschloss im Juni 2003 den Aktionsplan Drogen und Sucht, auf dessen Grundlage in den nächsten 5-10 Jahren die Suchtprobleme in der Gesellschaft bekämpft werden sollen.
- In dem von der Bundesregierung vorgelegten Unfallverhütungsbericht Straßenverkehr 2000/2001 wurden Maßnahmen auf dem Gebiet der Unfallverhütung im Straßenverkehr sowie eine Übersicht über das Rettungswesen der Jahre 2000 und 2001 aufgezeigt.
- Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz legte im Mai 2003 seinen Tätigkeitsbericht für die Jahre 2001 und 2002 vor. Darin wurden u.a. Themen wie elektronisches Rezept, elektronische Gesundheitskarte bzw. elektronische Patientenkarte erörtert.
- Der Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgeabschätzung des Bundestages legte einen Bericht zu gesundheitlichen und ökologischen Aspekten bei mobiler Telekommunikation und Sendeanlagen vor.
- Das Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit legte seinen Bericht zur Umweltradioaktivität und Strahlenbelastung im Jahr 2002 vor.

- Die Bundesregierung äußerte sich in ihrer Antwort auf eine Kleine Anfrage der FDP-Fraktion zu ihrem Beitrag zur globalen Bekämpfung von HIV/Aids.
- Ein Gruppenantrag von 174 Abgeordneten der Fraktionen von SPD, CDU/CSU und Bündnis 90/Die Grünen zur Embryonenforschung im Rahmen des 6. EU-Forschungsrahmenprogramms (6. FRP) wurde vom Bundestag verabschiedet.
- Die Fraktion der FDP legte den Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Präimplantationsdiagnostik (Präimplantationsdiagnostikgesetz) vor. Der Gesetzentwurf sieht eine Änderung des Embryonenschutzgesetzes dahingehend vor, dass die PID nach eingehender Beratung und positivem Votum einer Ethikkommission in den Fällen zulässig sein soll, in denen ein oder beide Elternteile die Veranlagung für eine schwerwiegende Erbkrankheit in sich tragen.
- Im März 2003 hat die CDU/CSU-Fraktion einen „Wissenschaftlichen Beirat für Fragen der Bio- und Gentechnologie“ ins Leben gerufen. Aufgabe des Gremiums soll die Beratung der Fraktion bei der Vorbereitung politischer Positionen und gesetzgeberischer Initiativen im Bereich der Bio- und Gentechnologie sein.
- Der fraktionsübergreifende Antrag der Fraktionen der SPD, CDU/CSU und Bündnis 90/Die Grünen zu einer Initiative für ein internationales Verbot des Klonens menschlicher Embryonen wurde vom Bundestag mit großer Mehrheit der Antragssteller verabschiedet. Der Antrag der FDP, der lediglich ein Verbot des reproduktiven Klonens forderte, wurde hingegen abgelehnt.
- Zum Thema Weiterentwicklung einer Biotechnologiestrategie für den Forschungs- und Wirtschaftsstandort Deutschland brachte die Fraktion der CDU/CSU in den Bundestag einen Antrag ein.
- Die Bundesregierung legte einen Gesetzentwurf über den rechtlichen Schutz biotechnologischer Erfindungen vor, mit dem eine europäische Richtlinie von Juli 1998 in das deutsche Recht umgesetzt werden soll.
- Gegenstand einer Kleinen Anfrage der FDP-Fraktion war die Strategie Deutschlands bei den Biowissenschaften und der Biotechnologie im Rahmen der Strategie für Europa. Nach Ansicht der Bundesregierung entstünden aus der Nichtumsetzung der EU-Biopatentrichtlinie in nationales Recht keine unmittelbaren negativen Folgen für deutsche Biotechnologieunternehmen. Sie kündigte jedoch an, im Juni 2003 die Umsetzung der EU-Richtlinie in die Wege zu leiten.
- Die Fraktionen der CDU/CSU und der FDP legten jeweils einen Antrag zur Umsetzung der europäischen Biopatentrichtlinie in nationales Recht vor. In den Anträgen wurde die Bundesregierung angemahnt, dass die Richtlinie bis zum 30. Juli 2000 in nationales Recht hätte umgesetzt werden müssen. Dies habe die Bundesregierung bisher versäumt, hieß es in den Anträgen. Im Zuge dessen beschloss das Bundeskabinett im Juni 2003 einen Entwurf eines Gesetzes zur Umsetzung dieser Richtlinie.